

医療費控除に係る介護保険主治医意見書のおむつ使用確認書に関する事務取扱要領

平成 19 年 12 月 25 日 制定

平成 20 年 12 月 25 日 一部改正

令和 2 年 2 月 25 日 一部改正

令和 4 年 3 月 8 日 一部改正

[保健福祉部介護保険課]

(趣旨)

第 1 条 この要領は、「おむつに係る費用の医療費控除の取扱いについて」（平成 14 年 7 月 1 日付け 医政総発第 0701001 号、障企発第 0701001 号及び老総発第 0701001 号厚生労働省医政局総務課長、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長及び厚生労働省老健局総務課長連名通知）に基づくおむつ代に係る医療費控除確認書（以下「確認書」という。）の交付に関し必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第 2 条 確認書の交付の対象となる者は、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 19 条第 1 項に規定する要介護認定又は同条第 2 項に規定する要支援認定（この条において「要介護認定等」という。）を受けているもので、次の各号に掲げる要件のいずれにも該当するものとする。

(1) おむつを使用した当該年の前年分の確定申告においておむつ代に係る医療費控除を受けていること。

(2) おむつを使用した当該年、その前年又はその前々年に作成された主治医意見書（おむつを使用した当該年の前年又は前々年の場合にあつては、現に受けている要介護認定等の有効期間が 13 月以上であり、おむつを使用した当該年に発行されていない場合に限る。）の記載が次のとおりであること。

ア 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）の記載が B 1、B 2、C 1 又は C 2 のいずれかであること。

イ 現在あるか又は今後発生の可能性の高い状態とその対処方針の記載が尿失禁の発生可能性が「あり」とされていること。

(申請)

第 3 条 確認書の交付申請をしようとする者は、市長に対して、おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書の内容確認申請書（第 1 号様式）を提出しなければならない。この場合において、前年分の確定申告書、おむつ使用証明書又は確認書の写しを提示しなければならない。

2 前項後段に規定する提示をすることができない場合は、申出書（第 2 号様式）を添付し、これに代えることができる。

3 第 1 項の規定による申請は、対象者本人又は当該対象者と生計を一にする配偶者若しくはその他の親族が行わなければならない。この場合において、対象者本人以外の者が申請するときは、対象者本人（対象者本人が死亡している場合にあつては申請者）の同意を得なければならない。ただし、対象者本人が死亡している場合は申請者の同意とする。

(確認書等の交付)

第 4 条 市長は、前条の規定による申請があつた場合は、その内容を審査し、第 2 条各号の要件を満たしていると認めたときは確認書としておむつ代の医療費控除に係る主治医意見書確認書（第 3 号様式）を交付し、要件を満たしていないと認めたときはおむつ代の医療費控除に係る主治医意見書確認

書非該当通知書（第4号様式）を交付する。

（費用）

第5条 確認書等の交付に要する費用は、無料とする。

（その他）

第6条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要領は、平成19年12月25日から施行する。

附 則

（施行期日）

1 この要領は、平成20年12月25日から施行する。

（経過措置）

2 この要領の施行の際現に改正前の医療費控除に係る介護保険主治医意見書のおむつ使用確認書に関する事務取扱要領の様式の規定に基づき作成されている用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則

（施行期日）

1 この要領は、令和2年2月25日から施行する。

（経過措置）

2 この要領の施行の際現に改正前の医療費控除に係る介護保険主治医意見書のおむつ使用確認書に関する事務取扱要領の様式の規定に基づき作成されている用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則

（施行期日）

1 この要領は、令和4年3月8日から施行する。

（経過措置）

2 この要領の施行の際現に改正前の医療費控除に係る介護保険主治医意見書のおむつ使用確認書に関する事務取扱要領の様式の規定に基づき作成されている用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

第1号様式（第3条関係）

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書の内容確認申請書

年 月 日

郡山市長

住所
申請者
氏名

被保険者との関係

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、 年に使用したおむつ代の医療費控除の証明（2年目以降）に必要な事項について、確認願います。

被保険者	住 所									
	氏 名				生 年 月 日	年 月 日				
被保険者番号										
同 意 書										
私は、郡山市が保有する私の個人情報を、上記の申請に際し、主治医意見書から必要な事項を確認することに同意します。										
被保険者氏名 (被保険者が死亡している場合は申請者)										
特記事項										
<input type="checkbox"/> 前年分の確定申告書の写し <input type="checkbox"/> 前年分の確認書の写し										
<input type="checkbox"/> 前年分のおむつ使用証明書の写し										

第2号様式（第3条関係）

申 出 書

年 月 日

郡山市長

おむつ代に係る医療費控除確認書の交付を申請するにあたり、前年の確定申告の写し等を添付することができませんので、おむつ代の医療費控除を受けるのが2年目以降であることに誤りがないことを申し出いたします。

住所
申請者
氏名
被保険者との関係（ ）
被保険者氏名
被保険者番号（ ）

第3号様式（第5条関係）

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書確認書

年 月 日

申請者 住所
氏名

郡山市長

年に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、主治医意見書の記載内容は、下記のとおりであることを確認しました。

記

申請者	住所		氏名	
被保険者	住所			
	氏名		生 年 月 日	年 月 日
確認事項	1 主治医意見書の作成日	年 月 日		
	2 要介護認定の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
	3 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	(該当するものに○) B1 B2 C1 C2		
	4 尿失禁の発生の可能性	あり		

第4号様式（第5条関係）

おむつ代の医療費控除に係る主治医意見書確認書非該当通知書

年 月 日

申請者 住所
氏名

郡山市長

年に使用したおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、主治医意見書の記載内容は、下記のとおりであることを確認しました。

記

申請者	住所		氏名	
被保険者	住所			
	氏名		生 年 月 日	年 月 日
非該当の理由				